

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



MANUAL INSTRUTIVO

*Nova Perfilização
Hospitalar Regionalizada do
Estado do Espírito Santo*

Conceitos, Terminologias e Operacionalização com base
na Política Estadual de Contratualização do SUS

Vitória, ES
Agosto/2022

**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**
Secretaria da Saúde



SUS



**Sistema
Único
de Saúde**

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo - SESA

Endereço

Rua Eng. Guilherme José Monjardim Varejão, 225 Ed. Enseada Plaza - Enseada do Suá,
Vitória - ES, CEP 29.050-260
(27) 3347-5630

Governador do Estado

José Renato Casagrande

Secretário de Estado da Saúde

Nésio Fernandes de Medeiros Junior

Subsecretário de Estado de Atenção à Saúde - SSAS

José Maria Justo

Subsecretário de Estado de Regulação do Acesso à Saúde - SSERAS

Gleikson Barbosa dos Santos

Subsecretário de Estado Contratualização em Saúde - SSEC

Ricardo dos Santos Costa

Superintendente de Saúde Região Central/Norte - SRSC/SRSSM

Edilson Monteiro

Maricelis Caetano Engelhardt

Superintendente de Saúde Região Metropolitana - SRSV

Cybeli Pandini Giurizatto Almeida

Superintendente de Saúde Região Sul - SRSCI

Márcio Clayton da Silva

Grupo Técnico - Nova Perfilização Regionalizada

Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde - SSAS, Subsecretaria de Estado de Regulação do Acesso à Saúde - SSERAS, Subsecretaria de Estado Contratualização em Saúde - SSEC, Gerência de Gestão Hospitalar - GGH/SSAS, Gerência de Assistência Ambulatorial Especializada - GAAE/SSAS, Gerência de Políticas e Organização de Redes de Atenção à Saúde - GEPORAS/SSAS, Gerência de Regulação do Acesso à Assistência à Saúde - GRAAS/SSERAS, Gerência de Regulação da Atenção à Saúde - GERA/SSERAS, Gerência de Contratualização da Rede Própria - GECORP/SSEC, Gerência de Contratualização da Rede Complementar - GECORC/SSEC, Superintendência de Saúde Região Central/Norte, Metropolitana e Sul.

PERFILIZAÇÃO E TERRITORIALIZAÇÃO



01

APRESENTAÇÃO

02

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES ADOTADOS
PARA A NOVA PERFILIZAÇÃO

03

MARCOS LEGAIS

04

ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DA NOVA
PERFILIZAÇÃO

05

TERMINOLOGIAS NA NOVA PERFILIZAÇÃO
HOSPITALAR DO ESPÍRITO SANTO

06

FLUXO REGULATÓRIO E VINCULAÇÕES
HOSPITALARES



01

pn

APRESENTAÇÃO

O manual instrutivo da Nova Perfilização Hospitalar Regionalizada do Estado do Espírito Santo trata-se de um guia para orientar sobre as terminologias técnicas adotadas na nova grade de referência que são ofertadas na Rede Estadual de Atenção Hospitalar sob gestão dos recursos estaduais da Secretaria de Estado de Saúde.

Foi elaborado para auxiliar profissionais e gestores na tomada de decisões nos sistemas de referenciamento pela autorregulação formativa territorial do componente da Atenção Especializada Hospitalar, constituindo numa matriz lógica de linha de cuidados e formas de acessos a estes serviços.

O instrumento agirá, portanto, como norteador das ações estaduais de saúde, com reconhecimento do processo regulatório de Estado e como orientador dos pontos de atenção componentes da Redes de Atenção e Vigilância em Saúde, a RAVS-ES, como forma de garantia da integralidade, da coordenação do cuidado e da ampliação do acesso no território capixaba de assistência necessária ao paciente, com o enfoque , oferta e demanda adscrita por micro polos regionais na diminuição das distâncias entre as necessidades assistenciais.

É uma ferramenta viva de territorialização, constituída através de pactos, negociações e perspectiva de uma rede hospitalar que oferta à população capixaba a integralidade do cuidado na lógica modelo de organização do sistema de saúde para sustentação às redes de atenção pela autorregulação formativa territorial e do modelo da nova contratualização do SUS.

Em 2019 iniciou-se o projeto no âmbito da SESA da “Nova Perfilização Hospitalar Regionalizada para Aperfeiçoamento da Regulação do Acesso à Assistência à Saúde no Estado do Espírito Santo”. O objetivo foi desenvolver a nova perfilização hospitalar para regulação eficaz do acesso da atenção à saúde através da regionalização das necessidades da Rede de Atenção à Saúde em até 50 Unidades Hospitalares da rede pública e contratualizada do Espírito Santo.

Neste contexto, “perfilização” pode ser entendida como uma palavra utilizada localmente para se referir ao processo de determinação ou atribuição do perfil de algo. Assim sendo, a definição é o “contorno gráfico de uma figura, de um objeto, visto apenas por um dos lados”, no caso específico de uma unidade hospitalar. Esta proposta é originada na Portaria n.º 010-R, de 25 de fevereiro de 2019, que instituiu o Grupo de Trabalho para a elaboração do Plano de Modernização Hospitalar do Estado do Espírito Santo, incumbido de preparar e apresentar, dentre 08 subsídios, o “I - estudo de caracterização da rede hospitalar com a definição dos perfis de serviço para cada unidade”.





A Nova Perfilização Hospitalar Regionalizada faz parte das principais estratégias indutoras de mudanças nas condições e modos de funcionamento dos hospitais com recursos alocados sob financiamento Estadual, visando a um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação da atenção primária à saúde, através do modelo da autorregulação formativa territorial.

Em síntese, o projeto proposto recebeu a qualificação operacional de “Reestruturação da Grade de Referências Hospitalares”, apresentando 03 grandes diretrizes:

- Adequação da Rede de Atenção Hospitalar pelos perfis atuais de serviços das unidades hospitalares da Rede de Atenção Hospitalar do SUS (pública e contratualizada) do Espírito Santo;
- Implementação do Novo Perfil das Unidades Hospitalares com alteração dos contratos e convênios a partir da Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao SUS;
- Monitoramento dos resultados e correções da implantação dos novos perfis, a partir de vazios assistenciais apresentados por linha de cuidado territorial.

Por este instrutivo disponibiliza-se um glossário de termos utilizados pela linguagem do SUS capixaba para que os profissionais se apropriem destes termos que são utilizados e para entender a perfilização dos serviços hospitalares estaduais prestados à população. Conhecer os compromissos assumidos com estas terminologias certamente facilitará a trajetória da necessidade do usuário e o destino terapêutico adequado matriciado nos serviços de saúde.



2. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES ADOTADOS PARA A NOVA PERFILIZAÇÃO

A autorregulação formativa territorial é forma de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre atenção básica e especializada, em uma rede de petição e compromisso matricial e territorial com técnicos de referência e serviços de referência designados, que organizam e definem uma cadeia do cuidado implicando o âmbito da atenção primária, cuidados especializados e hospitalares. Assim sendo, organiza-se a lógica do acesso através da atenção primária direcionada como centro de comunicação à atenção especializada.

Neste aspecto, considerando também as principais estratégias prioritárias na Rede de Urgência e Emergência – RUE, alinha-se aos princípios organizativos do acesso deste componente:

1. Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégicas para a RUE;
2. Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
3. Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos e das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP);
4. Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
5. Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (Emad) e das equipes multidisciplinares de apoio (Emap) pela implantação do Programa Melhor em Casa; e
6. Articulação entre os seus componentes e das demais redes de atenção à saúde.

Para elaboração e desenho da nova perfilização, estabeleceu-se as seguintes premissas que justificassem a nova conformação proposta:

1. Desafio do estabelecimento de uma rede hospitalar eficiente, integrada e que atenda adequadamente às necessidades assistenciais e epidemiológicas de cada região do Estado e



suas populações;

2. Necessidade de levantamento de diversos aspectos que retratam cada unidade, o perfil de seus serviços, sua abrangência e seu papel na rede hospitalar atual;
3. Articulação com os outros níveis de atenção, em especial a APS (Atenção primária em Saúde);
4. Compreensão dos aspectos inerentes pela rede hospitalar, para apontamentos de deficiências, sobreposições e inadequações das unidades na rede;
5. Necessidade de definir as mudanças fundamentais para racionalizar a rede hospitalar;
6. Diminuir a eliminar redundância de serviços sem a plenitude da linha de cuidado;
7. Necessidade de oferecer cuidado integrado considerando cuidado centrado no paciente.



3. MARCOS LEGAIS

- *Portaria de Consolidação MS/GM n.º 2, de 28 de setembro de 2017 – Anexo XXIV: institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS).*
- *Portaria de Consolidação MS/GM n.º 5, de 28 de setembro de 2017 – Anexo XCIII: estabelece as regras e os critérios para apresentação, análise, aprovação, monitoramento e prestação de contas de projetos de apoio e para a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS).*
- *Portaria de Consolidação MS/GM n.º 6, de 28 de setembro de 2017 – Seção VIII: institui o incentivo financeiro destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao SUS.*
- *Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) / Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) n.º 63, de 25 de novembro de 2011: dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.*
- *Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017 – Título IX e X – da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e do Protocolo Clínico sobre Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) e do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave.*
- *Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017 – Título IV – Que define os critérios de classificação e habilitação de leitos neonatais.*
- *RDC n.º 07/2010 – Anvisa. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.*
- *Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3/2017, Título XI, dos Arts. 149 a 174, organizam o funcionamento dos Cuidados Prolongados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*
- *Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6/2017, Capítulo II, Seção XI, Arts. 948 a 966, organizam o funcionamento dos Cuidados Prolongados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*
- *Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2/2017, Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo V, das*



Disposições Finais, Anexo I do Anexo XXIV, Art. 1º a 10, que versa sobre o Regime de Hospital-Dia, consiste na assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial.

- *Organização Mundial de Saúde (OMS). Abortamento Seguro: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde. 2ª ed. Genebra: OMS; 2013.*
- *BRASIL. Decreto Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-pub-licacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: Mai/2021).*
- *BRASIL. Lei nº 12.845 de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm*
- *BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.*
- *Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência".*
- *Resolução CIT n.º 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o Processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde.*
- *Portaria n.º 107-R, de 25 de julho de 2022,. SESA. Dispõe sobre as referências regionalizadas nas Unidades de Atenção Hospitalar próprias, contratadas e contratualizadas do Estado do Espírito Santo.*
- *Portaria n.º 076-R, de 19 de maio de 2022. Institui a Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao Sistema Único de Saúde e dá outras providências.*
- *Resolução CIB-ES n.º 071 de 29 de abril de 2022. Aprova a constituição de Polos Regionais no Estado do Espírito Santo.*
- *Portaria n.º 102-R, de 20 de maio de 2021 que define o modelo de organização do sistema de saúde para sustentação às redes de atenção denominado Autorregulação Formativa Territorial (ARFT) instituído pela SESA*
- *Portaria n.º 217-R, de 10 de novembro de 2020. Dispõe sobre o Núcleo Interno de Regulação no âmbito do SUS do ES.*
- *Portaria n.º 015-R, de 16 de novembro de 2021. Institui o Programa de Gestão de*



Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde - PGAQ.

- *Portaria N° 074-R, de 18 de outubro de 2018, que dispõe sobre o papel da Regulação na organização da Rede de Assistência;*
- *Portaria GM/MS N° 2.809 de 07 de dezembro 2010, que estabelece organização dos cuidados prolongados e retaguarda da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais redes temáticas;*
- *Lei N° 12.401, de 28 de abril de 2011 que alterou a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;*
- *Decreto N ° 3.932 – R de 21 de janeiro de 2016, que modifica a estrutura organizacional da SESA, organiza o Complexo Regulador, no âmbito da Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde – SSERCAS na execução da operacionalização da Central de Regulação de Internação em âmbito estadual, garantindo os fluxos de atendimento pactuados e o acompanhamento e monitoramento do funcionamento de todo o sistema operacional e as suas atualizações;*
- *Decreto N° 5147-R, de 31 de maio de 2022 que transformou a Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde - SSERCAS em Subsecretaria de Estado de Regulação do Acesso em Saúde - SSERAS, definido dentre suas competências, garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da equidade e da integralidade; fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; subsidiar o processamento das informações de produção; subsidiar a programação pactuada e integrada.*
- *Portaria SESA n° 138-R de 17 de julho de 2021 que aprova a Norma de Procedimento Padrão no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências à Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde - SSAS a gestão da assistência à saúde prestada nas unidades e serviços de saúde próprios do Estado; atenção hospitalar de alta complexidade à população e de média complexidade; atenção ambulatorial de alta complexidade à população; assistência farmacêutica à população; acompanhamento da atenção primária à saúde, gestão das políticas e das redes de atenção temáticas de atenção à saúde; cumprimento da política estadual de sangue e hemoderivados; serviço de atendimento médico de urgência e emergência; provimento e fixação de profissionais da saúde.*



- *Resolução N° 1.186/10 CIB, de 14 dezembro de 2010 que institui as Normas Técnicas e Administrativas para solicitação de leitos à Central de Regulação.*
- *Portaria SESA 394-S de 06 de novembro de 2017, que institui o Médico Regulador e a Função do Complexo Regulador.*
- *Portaria SESA n.º 010-R, de 25 de fevereiro de 2019, que instituiu o Grupo de Trabalho para a elaboração do Plano de Modernização Hospitalar do Estado do Espírito Santo, incumbido de preparar e apresentar, estudo de caracterização da rede hospitalar com a definição dos perfis de serviço para cada unidade da Rede Estadual de Atenção Hospitalar.*
- *Portaria N° 217-R de 10 novembro de 2020 que dispôs sobre a implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nas Unidades Hospitalares pertencentes à rede de hospitais próprios ou contratualizados do Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo suas relações com os demais pontos de atenção à saúde e com as Centrais de Regulação;*
- *Resolução CIB N°153/2020 de 18 de dezembro de 2020 que aprova os limites regionais instituindo no Território do Estado do Espírito Santo - ES 03(três) Regiões de Saúde: Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul.*
- *Resolução CIB 071/2022, de 29 de abril de 2022, que aprovou em a constituição dos Pólos Regionais no Estado do Espírito Santo sendo: 04 Micro Pólos na Região Centro-Norte, 03 Polos na Região Sul, 03 Polos na Região Metropolitana e 04 Polos na Grande Vitória.*
- *Decreto Estadual n° 4548-R, de 13 de dezembro de 2019, que instituiu a Política Estadual para a Rede de Urgência e Emergência - Componente Serviço Móvel de Urgência - SAMU, denominado “SAMU para todos” e dá outras providências.*
- *Portaria N° 076-R, de 19 de maio de 2022, republicada em 27 de maio de 2022, que institui a Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao Sistema Único de Saúde no Espírito Santo e dá outras providências; a necessidade de reorganização dos serviços, fluxos e definição da referência assistencial hospitalar para o tratamento de comorbidades no âmbito do Estado.*



4. ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DA NOVA PERFILIZAÇÃO

- 4.1. Os hospitais deverão organizar a cobertura do seu atendimento com base na assistência direcionada à nova perfilização de imediato à assinatura do contrato.
- 4.2. *É proibida a restrição de acesso na rede hospitalar própria com a justificativa de dependência de vinculação territorial.*
- 4.3. Para atendimento pleno da linha de cuidado integral determinada pela nova perfilização, o hospital perfilizado deverá em até 60 dias considerar legislações ministeriais vigentes para sua habilitação, no que houver, no intuito de preservar a qualificação da assistência prestada e requerer as suas habilitações junto à SESA.
- 4.4. Os hospitais perfilizados deverão cumprir os itens das respectivas portarias de habilitação ministerial da sua linha de cuidado integral, organizando seus processos, registros em sistemas informatizados, incluindo a atualização do CNES, devendo apresentar todos os requisitos destes já atendidos à Gerência de Regulação da Atenção à Saúde - GERAS/SSERAS.
- 4.5. A GERAS/SSERAS fica responsável pela orientação quanto aos itens de cadastro da proposta de habilitação da unidade hospitalar de assistência sob recursos estaduais no SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde para o pleno alcance da habilitação.
- 4.6. Conforme necessidade da SESA, determina-se que a Subsecretaria de Atenção à Saúde - SSAS e a Subsecretaria de Estado Regulação do Acesso à Saúde - SSEC alterem ou ampliem serviços definidos em suas linhas de cuidado integrais conforme necessidade do processo regulatório, direcionada à unidade hospitalar através da solicitação emitida por documentos formais.
- 4.7. Em situações de restrição do acesso à rede definida na perfilização, fica autorizada à Regulação Estadual a estabelecer a garantia do acesso junto à unidade hospitalar, como autoridade sanitária de Estado, usando plenamente a capacidade disponível em pontos de atenção à saúde vinculados a outros territórios



sanitários de origem do município.

- 4.8. A Central de Regulação de Urgência e Emergência do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), do Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI) e Núcleos de Regulação do Acesso (NRA), das Superintendências Regionais de Saúde, deverão observar na organização de suas atividades o perfil de atuação dos serviços hospitalares e suas regiões adscritas, estabelecidos pela nova perfilização, devendo os hospitais nas suas referências atender de imediato às solicitações no tempo seguro e oportuno para garantia do acesso à saúde dos usuários do SUS no território capixaba.
- 4.9. Os serviços hospitalares devem atender ao Planejamento e Programação Assistencial do SUS do Estado do Espírito Santo e documentos definidos como protocolos de acesso dispostos no site da SESA, junto aos municípios vinculados a seus territórios, organizado na lógica das redes de atenção e linhas de cuidado territoriais.
- 4.10. Os serviços com pacientes em tratamento que não corresponderem ao território de acordo com a nova perfilização regionalizada, deverão transferi-los para sua referência hospitalar de maneira paulatina, ética e responsável, sem que se ofereça riscos adicionais e danos ao usuário do SUS.
- 4.11. *Os procedimentos deverão ser atendidos conforme demanda da linha de cuidado integral, cabendo à unidade hospitalar incorporação tecnológica com objetivo do melhor cuidado e resolutividade assistencial, considerando que seus custos são contemplados na contratualização por orçamentação global.*
- 4.12. As cirurgias, consultas e procedimentos já agendados deverão ser realizados no serviço desta referência, independente da cobertura territorial estabelecida pela nova perfilização hospitalar. O que está agendado deve permanecer agendado.



5. TERMINOLOGIAS NA NOVA PERFILIZAÇÃO HOSPITALAR DO ESPÍRITO SANTO

- 5.1. PERFIL ASSISTENCIAL:** por perfil assistencial entende-se toda a oferta de atendimento ou de serviços assistenciais do hospital e por mudança a introdução de um novo serviço, o atendimento de um novo agravo ou a introdução de uma tecnologia, bem como a exclusão, a diminuição ou a ampliação de sua oferta, vinculados a um território.
- 5.2. REFERÊNCIA HOSPITALAR:** ponto de atenção da Rede de Atenção e Vigilância à Saúde com recursos de Estado, a partir de um planejamento contínuo de projetos coletivos definidos dentro de redes de interdependência assistencial que se propõe a definir racionalmente sua missão epidemiológica, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de cuidados em saúde. Este enfoque compreende o hospital como uma organização pró-ativa, voltada para o ambiente externo, questionando uma visão de autossuficiência e a intenção de contemplar todas as áreas de atendimento da linha de cuidado integral na mesma instituição.
- 5.3. CLASSIFICAÇÃO DAS REFERÊNCIAS HOSPITALARES:** metodologia de classificação das unidades como componente da rede hospitalar, com base no perfil assistencial e capacidade instalada:
- **HOSPITAL ESTRUTURANTE:** Hospital habilitado em 2 (duas) ou mais especialidades de alta complexidade; Referência para uma população de 500 mil habitantes ou mais; e/ou Possuir, no mínimo, 150 leitos
 - **HOSPITAL ESTRATÉGICO:** Hospital habilitado em 1 (uma) especialidade de alta complexidade e/ou com porta aberta de urgência e emergência (U/E) em traumatortopedia e/ou U/E em Pediatria; Referência para a população de 500 mil habitantes ou mais; e/ou Possuir 100 leitos ou mais.
 - **HOSPITAL DE APOIO:** Hospital de Média e Baixa Complexidade; Possui 50 leitos ou mais; e/ou Possuir Maternidade integrante da Rede Materno Infantil



Estadual.

- 5.4. AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL:** modelo de organizar a prática assistencial do Estado do Espírito Santo, através da mudança da lógica da relação do sistema de referência entre diversos pontos de atenção da RAVS. Esta relação se dá pela referência técnica uni-profissional, sendo estabelecida por um profissional de referência que incorpora a competência de educação permanente em saúde e de regulação assistencial, operacionalizando os componentes de acesso assistencial com cuidado longitudinal e de formação profissional, garantidos pela definição de referência territorial especializada a cada conjunto de equipes de saúde da família.

Além disso, pelo modelo organiza-se o serviço de referência uni-institucional, que é a unidade de retaguarda à atenção primária à saúde com serviços especializados, de complementaridade, de internação ou observação hospitalar e de apoio diagnóstico ou terapêutico com maior densidade tecnológica por equipamentos e recursos de infraestrutura, com responsabilidade assistencial definida por cobertura e abrangência territorial.

No novo modelo de organização da garantia do acesso à atenção ambulatorial as lógicas e conceitos vinculados a regulação clássica de acesso são dissolvidas e substituídas por conceitos de acesso direto e manejo assistencial por meio do estabelecimento da relação simplificada entre profissionais da rede realizado por relações de referência direta e mediadas por tecnologias. O conceito remanescente de regulação vincula-se ao componente de educação permanente que se estabelece nas relações de formação entre os profissionais da saúde e não as lógicas de "regulação do acesso", na perspectiva da figura independente e segregada que opina sobre encaminhamentos realizados entre diferentes níveis de atenção.

- 5.5. LEITOS DE SUPORTE:** são leitos hospitalares considerados como suporte e para para determinada linha de cuidado, sendo estes leitos destinados às transferências dos pacientes para possibilitar o fluxo assistencial de UPA/PA e dos leitos especializados em alta complexidade, que garantirá o acesso à internação para as Portas de Entrada da Rede de Atenção à



Saúde, com assistência oportuna, ágil, qualificada e humanizada, incluindo em estratégias de contingência. Estes hospitais podem também ser suporte para as cirurgias eletivas, para otimizar a gestão de solicitações para garantia do acesso.

- 5.6. REGIÃO DE SAÚDE E MICROPOLos REGIONAIS:** os polos Regionais são territórios adscritos definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção à saúde, com oferta de serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção. São entendidos como a parte mais central ou importante de uma determinada área. São as regiões de saúde propriamente dita. Logo, os micropolos de Saúde são agrupamentos de territórios sanitários municipais regionalizados, sendo o seu conjunto em dada região de saúde denominado Polos Regionais de Saúde. O objetivo da organização territorial da saúde por polos regionais será a ampliação do acesso aos serviços de média complexidade ambulatorial especializada reorganizando todo escopo assistencial do Estado.

No Estado do Espírito Santo organizou-se 04 Micro Polos na Região Central / Norte (São Mateus, Linhares, Colatina e Nova Venécia); 03 Polos na Região Sul (Caparaó, Centro Sul e Litoral Sul); 07 Polos na Região Metropolitana (Serrana, Santa Teresa, Aracruz, Serra, Vitória, Vila Velha e Cariacica). Os critérios para sua composição foram: microrregionalização, acesso rodoviário, decisão do gestor municipal, otimização das estruturas e contratos existentes e não ser necessário continuidade territorial.

- 5.7. LINHA DE CUIDADO:** atendimento aos requisitos da assistência terapêutica integral que envolve a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas do SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, e a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde no território de cuidado definido para uma adscrição regionalizada por abrangência de micropolos regionais.

A prescrição e assistência na Rede de Atenção Hospitalar própria, contratada e contratualizada do Estado do Espírito Santo para atendimento na plenitude da linha de cuidado deverá alcançar a conformidade com as diretrizes



terapêuticas definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT), Protocolos de Uso, Diretrizes Nacionais/Brasileiras e às próprias Linhas de Cuidados para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado, sendo estes na sua ausência, determinados por diretrizes definidas pela SESA.

5.8. ATENDIMENTO CIRÚRGICO - é todo aquele atendimento prestado ao usuário do SUS em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio através da regulação de leitos, sem caráter de urgência ou emergência.

Em conformidade às orientações do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – CBC (2020), as cirurgias da Rede Estadual de Atenção Hospitalar do Estado do Espírito Santo são classificadas nos seus níveis de urgência (risco), sendo os prazos classificados para seu gerenciamento das solicitações em (STAHEL, 2020):

- **EMERGÊNCIA** – Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato. Em cirurgias, é aquela em que há risco de vida ou de perda de membro caso o paciente não seja operado em um curto intervalo de tempo. Devem ser atendidas e realizadas em até 06 horas.
- **URGENTE** – Ocorrência imprevista de agravo à saúde como ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Em cirurgias, é aquela em que há risco de vida ou de perda de membro caso o paciente não seja operado em um intervalo de tempo. Devem ser atendidas e realizadas em até 24 horas.
- **ELETIVO URGENTE** – Em cirurgias, é aquela em que há risco de vida ou de perda de membro caso o paciente não seja operado em um intervalo de tempo, porém com um tempo de espera maior, solicitadas a partir do atendimento ambulatorial, porém que devem ser realizadas dentro de 14 dias.



- **ELETIVO ESSENCIAL** – Planejadas com antecedência, são aquelas que devem ser realizadas no prazo de até 90 dias, considerando a não agudização da necessidade da intervenção.
- **ELETIVO NÃO ESSENCIAL** – podem aguardar até 150 dias. São consideradas cirurgias necessárias, porém facultativas e causam danos mínimos da sua realização tardia.

5.9. TIPOS DE ATENDIMENTOS: forma de organizar a necessidade assistencial de acordo com patologias, sintomas e procedimentos terapêuticos, determinados em conformidade com a linha de cuidado integral para determinada região de saúde e oferta assistencial necessária e existente compatibilizada para determinado território.

5.10. MODO DE ACESSOS: metodologia utilizada para discriminar as formas de ingresso do paciente ao serviço dispostos nas unidades assistenciais:

- **PRONTO SOCORRO (LIVRE DEMANDA):** trata-se de acesso independente de livre demanda destinado à assistência aos pacientes acometidos por quadros de urgência e emergência, realizando o seu atendimento inicial, podendo ser geral ou dedicado a uma especialidade.
- **PRONTO SOCORRO REFERENCIADO:** trata-se do acesso em recurso de maior complexidade da rede de atenção a partir do seu atendimento inicial por outro serviço que não seja a referência na linha de cuidado do qual o usuário será encaminhado para avaliação de urgência e definição de conduta médica.
- **REGULAÇÃO DE LEITOS:** trata-se de processo regulatório para acesso a partir de recurso físico limitado, existente em estabelecimento executante de recurso hospitalar da RAS (Rede de Atenção à Saúde) que compõem a grade de informação do sistema de regulação, habitualmente utilizado para internação. É realizada a partir do cadastro pela unidade demandante através do acesso ao sistema informatizado de regulação por meio do endereço



<http://leitos.regulacao.saude.es.gov.br/regulador/#/login>.

- **REGULAÇÃO AMBULATORIAL (REGULAÇÃO FORMATIVA):** processo regulatório de ingresso do paciente ambulatorial eletivo realizado a partir do cadastro pela unidade demandante através do acesso ao sistema informatizado de regulação formativa por meio do endereço:

<http://ambulatorial.regulacao.saude.es.gov.br/consultas-exames/#/login>

Os pacientes internados na rede hospitalar em unidades de menor complexidade, com necessidade de avaliação da referência especializada para alta segura com coordenação do cuidado pela atenção primária, poderão ser referenciados através de contato de NIR da unidade demandante para NIR da unidade executante para suporte em rede e definição da terapêutica adequada, com cadastramento de agendas por autogestão em tempo oportuno de até 72 horas de resposta.

A partir de 01 de agosto de 2022, conforme documentos técnicos expedidos, o sistema de regulação do acesso ambulatorial passará por transição, devendo ser utilizado o oficial para fins de regulação:

<https://acessaconfia.es.gov.br/>

- **FOLLOW UP:** refere-se ao seguimento do cuidado de paciente após a alta hospitalar, por autorregulação do próprio serviço, com objetivo de garantir uma intervenção o mais cedo possível e matriciando para a atenção primária após conclusão do tratamento da linha de cuidado integral pertinente ao motivo de ingresso. Todo paciente com regulação ambulatorial com atendimento cirúrgico, após alta hospitalar, deve ter acesso por follow up para finalização do tratamento.

5.11. MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA: agrupamento de territórios para adscrição da unidade hospitalar com base na regionalização e pactuação por micro pólos regionais na garantia de atendimento do paciente no melhor recurso



possível do tipo de serviço relacionado ao ponto de atenção.

A necessidade assistencial da população local deve ser estimada a partir da melhor evidência, dos parâmetros assistenciais, incluindo os termos da PT MS 1.631/2015 e suas atualizações, em conformidade com as Redes de Atenção à Saúde e suas linhas de cuidado integrais. Considera-se municípios de referência a localização geográfica dos pontos de atenção do qual o usuário será referenciado para acessos aos recursos gerais e/ou recursos de urgência do Estado do Espírito Santo.

5.12. REFERÊNCIAS UNI INSTITUCIONAIS PELA CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS: classificação da definição do acesso pela origem da demanda assistência definida pelo tipo do serviços de origem do paciente e tipo de acessos aos pacientes agudos e crônicos na rede de atenção à saúde.

- **SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:** ponto de atenção da rede com atendimento imediato para a condição aguda de saúde. O acesso para o tipo de atendimento da linha de cuidado é independente do município de residência do paciente e refere-se a localização desta unidade assistencial demandante.
- **SERVIÇO HOSPITALAR:** ponto de atenção da rede com atendimento em regime de internação, independente do município de residência do paciente. O acesso para o tipo de atendimento da linha de cuidado é independente do município de residência do paciente e refere-se à localização desta unidade assistencial demandante para casos agudos. *Para os casos crônicos, como demandas agudizadas de internação da linha de cuidado integral da oncologia ou outros tipos de tumores já em tratamento, o acesso é para a referência territorial da residência do paciente, considerando a necessidade da continuidade do cuidado.*
- **SERVIÇO ELETIVO:** ponto de atenção da rede com atendimento em regime ambulatorial, dependente do município de residência. O acesso para o tipo de atendimento da linha de cuidado é dependente do município de residência do paciente e pode não se referir à localização da unidade assistencial



demandante.

5.13. FAIXA ETÁRIA: forma de divisão do recurso hospitalar por idade do paciente. Divide-se em adulto e pediátrica.

- Os pacientes pediátricos são atendidos nos serviços hospitalares e ambulatoriais da rede de atenção própria, contratada e contratualizada do Estado do Espírito Santo na idade limite de 15 anos, 11 meses e 29 dias, ou seja, 192 meses.
- Os pacientes a partir de 16 anos de idade são atendidos preferencialmente nos hospitais e/ou serviços que atendem adultos.
- Na ausência de hospital pediátrico no território da adscrição, em situação de urgência e/ou emergência, os hospitais gerais deverão acolher a demanda independente da faixa etária, estabilizando o quadro clínico e regulando para o hospital de referência.
- Os pacientes em atendimento na rede estadual de atenção à saúde que completarem 16 anos de idade deverão ser mantidos em acompanhamento nestes serviços até a alta do tratamento ou até que seja disponibilizada uma vaga do tipo ambulatorial para adulto, respeitando o limite máximo de 18 anos de idade (17 anos, 11 meses e 21 dias).
- Os casos supracitados deverão ter preferência na regulação estadual e/ou municipal.
- As cirurgias, consultas e procedimentos já agendados para pacientes acima de 16 anos deverão ser realizados no serviço desta referência do agendamento, independente da idade pediátrica estabelecida, devendo o que está agendado permanecer agendado.
- Os pacientes que estiverem com solicitação de consulta em especialidades pediátricas, ao completarem 16 anos deverão ter suas solicitações alteradas para o item de agendamento na faixa etária adulta.

5.14. RECURSOS PARA URGÊNCIA: estruturas existentes em hospital que dispõe de recursos completos conforme portarias



ministeriais, com acesso através de pronto socorro a livre demanda ou por pronto socorro referenciado, mantendo leitos de observação, com acesso ao recurso especializado nas 24 horas do dia, 07 dias por semana e com garantia de atendimento ininterrupto na rede de urgência através de medidas gerenciais contingenciais e de gestão da clínica em suas portas de entrada.

- 5.15. RECURSOS GERAIS:** estruturas existentes em hospital que dispõe de recursos completos conforme portarias ministeriais, com acesso através de regulação de leitos, follow up ou regulação ambulatorial.
- 5.16. VINCULAÇÃO:** regra de relação entre profissionais de saúde que compõe uma grade de serviços caracterizada pelo vínculo direto não redundante de generalistas e especialistas responsáveis pelo comanejo e garantia simplificada do acesso aos pacientes dos territórios de atenção básica vinculados.
- 5.17. CONTRATUALIZAÇÃO DO SUS:** processo pelo qual o Gestor Estadual do SUS e o representante legal do hospital público ou privado sem fins lucrativos estabelecem obrigações e metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizadas por meio de um instrumento contratual. Esse instrumento contratual, que pode ser um convênio, um termo de compromisso ou um contrato de gestão e compõe-se por duas partes: (a) uma, que estabelece o objeto do ajuste, as responsabilidades dos signatários, formas de acompanhamento e avaliação, dentre outras cláusulas (instrumento propriamente dito); e (b) a outra, denominada "Documento Descritivo", que descreve as metas qualitativas e quantitativas a serem alcançadas pelo hospital.
- 5.18. SIGTAP – SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS:** é um sistema que contém a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME (Órtese, Prótese e Materiais de Síntese) do SUS, com todas as descrições sobre complexidade dos procedimentos, sobre quais habilitações são necessárias para poder ser faturado e quais os profissionais habilitados para a realização de cada procedimento.

Essa tabela mostra todos os serviços SUS organizados por nomenclatura padronizada, descrevendo as tipologias

**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**
Secretaria da Saúde



códigos para cirurgia, internação, exames, procedimentos especiais, próteses e órteses etc. O SIGTAP organiza os atendimentos do SUS por agrupamentos e de forma acessível a todos os profissionais e cidadãos em endereço eletrônico. Está disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> e deve ser permanentemente consultado para verificação dos procedimentos SUS existentes na linha de cuidado hospitalar.



6. FLUXO REGULATÓRIO E VINCULAÇÕES HOSPITALARES

A vinculação dos serviços organizados pelas solicitações de acesso territorial, na relação entre os pontos de atenção e suas respectivas referências, seja no âmbito da atenção primária, assistência especializada e assistência hospitalar, deve ocorrer de maneira concomitante à implantação da nova grade de referência. Consideram os acessos em seus níveis através da atenção primária à saúde e portas hospitalares de urgência e emergência.

A programação do acesso à rede deve atender ao novo modelo de organização do sistema de saúde para sustentação às redes de atenção através da regulação estadual e dos protocolos disponíveis no site da SESA, conforme organizado na lógica da rede de atenção e linhas de cuidado territorial, estando sob gestão de Estado e operação da SESA/SSERAS/GRASS. A efetivação das vinculações ocorre através das Superintendências Regionais de Saúde e seus respectivos Núcleos de Regulação do Acesso. Nesta premissa, deverá cumprir a seguinte lógica assistencial:

- a) Os pacientes já agendados e autorizados no sistema informatizado de regulação, que não corresponderem ao território da nova perfilização regionalizada, deverão ser atendidos e após referenciados sem que ofereçam riscos adicionais à sua necessidade de assistência e cuidado.
- b) As alterações nas vinculações ocorrerão através dos Núcleos de Regulação do Acesso de cada Regional de Saúde sem que haja desassistência aos pacientes.
- c) Os pacientes em tratamento ou que aguardam agendamento de retornos ou já programados para realização de exame, que não corresponderem ao território adscrito de acordo com a nova perfilização regionalizada, poderão ser transferidos para sua unidade de referência contanto que não ofereça riscos adicionais sociais ou danos à saúde do mesmo.
- d) As transferências dos atendimentos deverão ocorrer através de ofício da instituição de origem para a Superintendência Regional de Saúde de sua referência territorial, para que essa possa validar e encaminhar à nova referência hospitalar do território do usuário.



6.1. REMANEJAMENTO DE AIH - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ELETIVAS AUTORIZADAS ANTES DA NOVA CONTRATUALIZAÇÃO

- 6.1.1. As Unidades Hospitalares com pacientes em tratamento ou que possuam pacientes com solicitações de espera para realização de procedimento eletivo (solicitação interna da instituição), que não corresponderem ao território de acordo com a nova perfilização regionalizada, deverão transferir os pacientes para sua unidade de referência, sem que se ofereça riscos adicionais ao mesmo.
- 6.1.2. As transferências dos atendimentos já autorizados deverão ocorrer através de ofício da Instituição de origem da referida AIH para a nova referência hospitalar do território do usuário. Excetuam-se desta estratégia os pacientes já com data agendada para cirurgia eletiva para os próximos 90 dias.
- 6.1.3. A Superintendência Regional de Saúde validará junto ao hospital de origem, no prazo de 10 dias, a planilha disponibilizada pela GAAE/SSAS contendo os pacientes relacionados com AIH emitidas que serão transferidos para a nova referência definida no processo de territorialização através da nova grade hospitalar.
- 6.1.4. Nos casos de mudança de Região de Saúde, caberá às Superintendências Regionais de origem a comunicação com a nova Superintendência para informar a relação dos pacientes que serão transferidos para a nova referência territorial, bem como para o hospital de origem para cancelamento do laudo de AIH no sistema informatizado de regulação de uso determinado pela SESA.
- 6.1.5. A Superintendência Regional referenciada encaminhará a relação nominal com todos os dados cadastrais e necessidade assistencial para a nova unidade hospitalar de referência, monitorando o agendamento da consulta de avaliação cirúrgica e emissão de novo laudo de AIH garantindo a continuidade do atendimento efetivando a vinculação dos usuários a unidade assistencial mais próximo da sua residência.
- 6.1.6. O monitoramento dos procedimentos autorizados ficará sob a gestão da SSAS e ocorrerá de modo a organizar o acesso nos territórios ainda não cobertos pela Nova Contratualização, assegurando a assistência nos serviços já contratados, conforme disponibilidade.

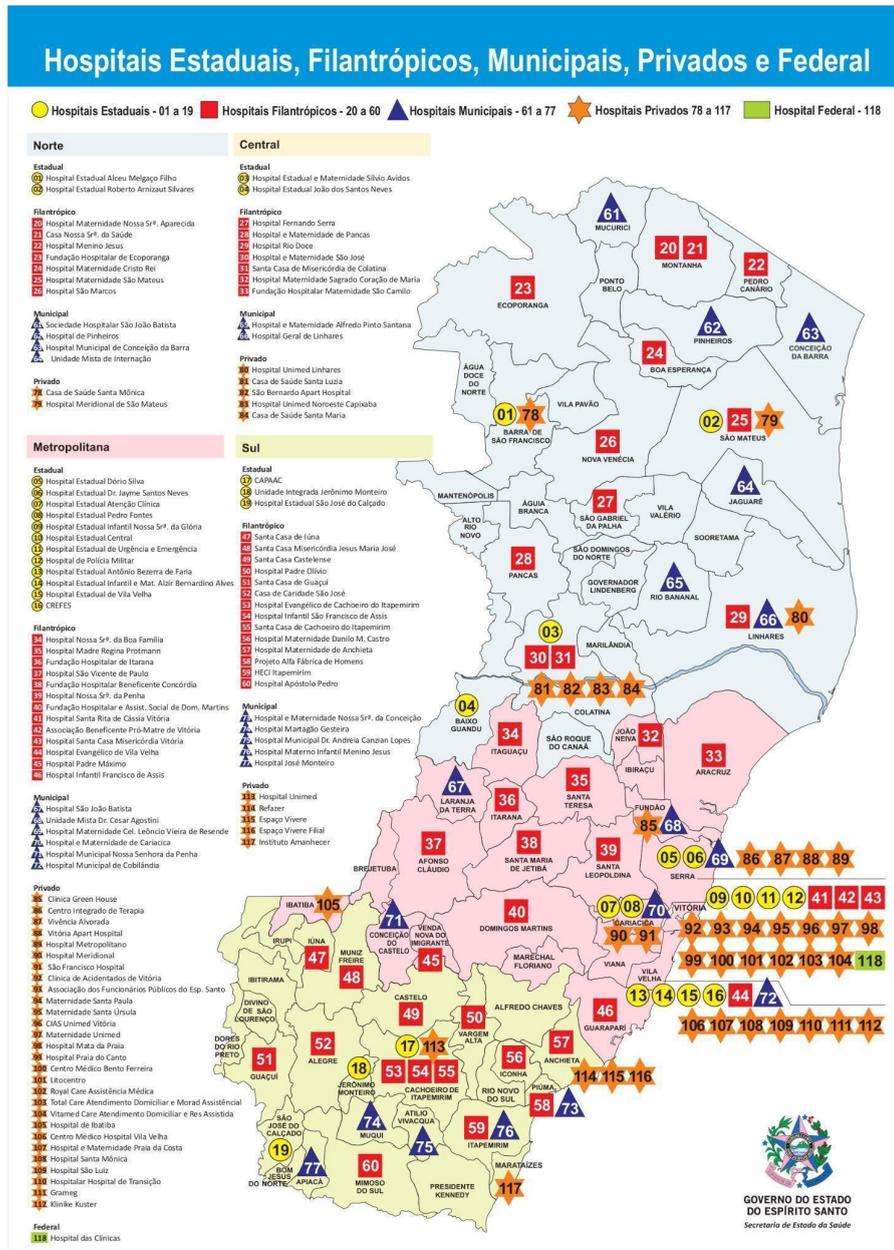
**GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO**
Secretaria da Saúde



6.1.7. Será considerado para o remanejamento o município de residência do paciente.



ANEXO 1 - MAPA DA REDE HOSPITALAR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SEGUNDO O NOVO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO - PDR/2020



Mapa completo dos serviços hospitalares no Estado do Espírito Santo. Os serviços não listados no Anexo 2 não pertencem a rede própria e/ou não estão contratualizados com a SESA.



ANEXO 2 - CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS SUS DA REDE PRÓPRIA, CONTRATADA E CONTRATUALIZADA ESTADUAL DE ACORDO COM O PERFIL ASSISTENCIAL E A CAPACIDADE INSTALADA

| REGIÃO DE SAÚDE | SIGLA | HOSPITAL (link com o seu endereço) | GERENCIAMENTO | CLASSIFICAÇÃO POR PORTE E PERFIL ASSISTENCIAL* |
|-----------------|--------|--|--------------------|--|
| CENTRAL / NORTE | HMSJ | HOSPITAL MATERNIDADE SÃO JOSÉ | CONTRATUALIZADO | ESTRUTURANTE |
| METROPOLITANA | HEVV | HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA | CONTRATUALIZADO | ESTRUTURANTE |
| METROPOLITANA | HSRC | HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA | CONTRATUALIZADO | ESTRUTURANTE |
| METROPOLITANA | HSCMV | HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA | CONTRATUALIZADO | ESTRUTURANTE |
| SUL | HSCMCI | HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM | CONTRATUALIZADO | ESTRUTURANTE |
| METROPOLITANA | HUCAM | HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES | CONTRATUALIZADO | ESTRUTURANTE |
| METROPOLITANA | HEJSN | HOSPITAL ESTADUAL JAYME DOS SANTOS NEVES | PRÓPRIO - OSS | ESTRUTURANTE |
| METROPOLITANA | HEUE | HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | PRÓPRIO - OSS | ESTRUTURANTE |
| METROPOLITANA | HIMABA | HOSPITAL INFANTIL E MATERNIDADE ALZIR BERNARDINO ALVES | PRÓPRIO - OSS | ESTRUTURANTE |
| METROPOLITANA | HEC | HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL | PRÓPRIO - FUNDAÇÃO | ESTRUTURANTE |
| CENTRAL / NORTE | HMSA | HOSPITAL MATERNIDADE SILVIO AVIDOS | PRÓPRIO | ESTRUTURANTE |
| CENTRAL / NORTE | HRAS | HOSPITAL ESTADUAL ROBERTO ARNIZAUT SILVARES | PRÓPRIO | ESTRUTURANTE |
| METROPOLITANA | HINSG | HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - INCLUINDO O PRONTO SOCORRO | PRÓPRIO | ESTRUTURANTE |
| METROPOLITANA | HDSD | HOSPITAL ESTADUAL DÓRIO SILVA | PRÓPRIO | ESTRUTURANTE |
| CENTRAL / NORTE | HRD | HOSPITAL RIO DOCE | CONTRATUALIZADO | ESTRATÉGICO |



| REGIÃO DE SAÚDE | SIGLA | HOSPITAL (link com o seu endereço) | GERENCIAMENTO | CLASSIFICAÇÃO POR PORTE E PERFIL ASSISTENCIAL* |
|-----------------|------------------|---|-----------------|--|
| CENTRAL / NORTE | HSCMCo | HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE COLATINA | CONTRATUALIZADO | ESTRATÉGICO |
| METROPOLITANA | HSC | HOSPITAL SÃO CAMILO | CONTRATUALIZADO | ESTRATÉGICO |
| METROPOLITANA | HIFA - GUARAPARI | HOSPITAL FRANCISCO DE ASSIS | CONTRATUALIZADO | ESTRATÉGICO |
| METROPOLITANA | HMRP | HOSPITAL MADRE REGINA PROTSMANN | CONTRATUALIZADO | ESTRATÉGICO |
| METROPOLITANA | HAFPES | HOSPITAL ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ESPÍRITO SANTO | CONTRATUALIZADO | ESTRATÉGICO |
| SUL | HIFA | HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS | CONTRATUALIZADO | ESTRATÉGICO |
| SUL | HECI | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | CONTRATUALIZADO | ESTRATÉGICO |
| CENTRAL / NORTE | HAMF | HOSPITAL ESTADUAL ALCEU MELGAÇO | PRÓPRIO | ESTRATÉGICO |
| METROPOLITANA | HESVV | HOSPITAL ESTADUAL DE VILA VELHA | PRÓPRIO | ESTRATÉGICO |
| METROPOLITANA | HABF | HOSPITAL ESTADUAL ANTONIO BEZERRA DE FARIA | CONTRATUALIZADO | ESTRATÉGICO |
| METROPOLITANA | HEAC | HOSPITAL ESTADUAL DE ATENÇÃO CLÍNICA | PRÓPRIO | ESTRATÉGICO |
| SUL | HESJC | HOSPITAL ESTADUAL SÃO JOSÉ DO CALÇADO | PRÓPRIO | ESTRATÉGICO |
| CENTRAL / NORTE | HMSM | HOSPITAL MATERNIDADE SAO MATEUS | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| CENTRAL / NORTE | HNSA | HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA - MONTANHA | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| CENTRAL / NORTE | HSM | HOSPITAL SÃO MARCOS | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| METROPOLITANA | HNSP - VNI | HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PENHA | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| METROPOLITANA | HPM | HOSPITAL PADRE MÁXIMO | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| METROPOLITANA | PROMATRE | PROMATRE | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| METROPOLITANA | HMAG | HOSPITAL E MATERNIDADE DR ARTHUR GERHARDT | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| SUL | HEI | HOSPITAL EVANGÉLICO DE ITAPEMIRIM | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| SUL | HSCMG | HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÇUÍ | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| SUL | HSCM- CASTELO | HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CASTELO | CONTRATUALIZADO | APOIO |



| REGIÃO DE SAÚDE | SIGLA | HOSPITAL (link com o seu endereço) | GERENCIAMENTO | CLASSIFICAÇÃO POR PORTE E PERFIL ASSISTENCIAL* |
|-----------------|-------------|---|-----------------|--|
| SUL | HAP | HOSPITAL APÓSTOLO PEDRO | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| SUL | HSCI | HOSPITAL SANTA CASA DE IJUNA | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| SUL | HMIMJ | HOSPITAL MATERNO INFANTIL MENINO JESUS | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| SUL | MEPES - HPH | HOSPITAL PADRE HUMBERTO | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| METROPOLITANA | HMIS | HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SERRA | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| METROPOLITANA | MMC | MATERNIDADE MUNICIPAL DE CARIACICA | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| CENTRAL / NORTE | HJSN | HOSPITAL ESTADUAL DR. JOÃO DOS SANTOS NEVES | PRÓPRIO | APOIO |
| METROPOLITANA | CREFES | CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO ESPÍRITO SANTO | PRÓPRIO | APOIO |
| SUL | UIJM | UNIDADE INTEGRADA DE JERÔNIMO MONTEIRO | PRÓPRIO | APOIO |
| SUL | CAPAAC | CENTRO DE ATENDIMENTO PSQUIÁTRICO DR ARISTIDES A CAMPOS | PRÓPRIA | APOIO |
| CENTRAL / NORTE | HSG -HDFS | HOSPITAL SÃO GABRIEL | CONTRATUALIZADO | APOIO |
| CENTRAL / NORTE | HMCB - CB | HOSPITAL MUNICIPAL CONCEIÇÃO DA BARRA | CONTRATUALIZADO | APOIO |

* Referência na Portaria N° 215-R de 04 de novembro de 2021.